



INSPEKCJA WETERYNARYJNA
POWIATOWY LEKARZ WETERYNARII
W RADOMSKU

Ul. Wilsona 21A, 97-500 Radomsko
Tel./fax: 44 6824424, 44 6850346, 44 6824175 e-mail: radomsko.piw@wetgiw.gov.pl

Radomsko, dnia 2025 roku

Protokół pozyskania dzika w ramach odstrzału sanitarnego zarządzonego na podstawie Rozporządzenia nr 2/2025 Powiatowego Lekarza Weterynarii w Radomsku z dnia 24 lutego 2025 roku w sprawie zarządzenia odstrzału sanitarnego dzików w województwie łódzkim.

Nr / data:/.....

1. Numer obwodu łowieckiego:
2. Koło łowieckie:
3. Data wykonanego odstrzału / Numer odstrzału:/.....
4. Miejsce pozyskania tuszy:
5. Współrzędne geograficzne (GPS):
6. Dane myśliwego dokonującego odstrzału:
Nazwisko, Imię:
Adres:
Telefon:
7. Opis odstrzelonego zwierzęcia:
Płeć:
Wiek, Kategoria wiekowa:
Waga zwierzęcia / waga tuszy po wypatroszeniu:
8. Stwierdzone nietypowe zachowania zwierzęcia / ewentualne zmiany anatomo-patologiczne tuszy:
.....
9. Uwagi:
.....
10. Wprowadzony do ZIPOD
.....

.....
(czytelny podpis myśliwego, który wykonał odstrzał dzika)

Załączniki:

1. Fotografia odstrzelonego dzika określająca płeć/wiek
2. Fotografia strzelonego dzika z widocznym, czytelnym i założonym na prawy staw skokowy znacznikiem
3. Ogon (chwał)
4. Protokół dochodzenia epizootycznego DDE
5. Faktura/rachunek za wykonanie odstrzału

Powiatowy Lekarz Weterynarii w Radomsku
Dokument dochodzenia epizootycznego w zakresie danych dotyczących odstrzelonego/martwego
dzika. Nr dokumentu...../2025r.

Część 1	
Dane dotyczące obszaru geograficznego lub/i koordynaty GPS	
Data zdarzenia-odstrzału/znalezienia martwego dzika	
Wiek dzika/płeć dzika /przybliżona waga	
W przypadku odstrzelenia podać zaobserwowane objawy przed zabiciem	
W przypadku znalezienia martwego dzika-stan tuszy	
Imię i nazwisko osoby, która znalazła zwłoki/odstrzeliła dzika	
Data i czytelny podpis (imię i nazwisko)osoby ,która pobrała próbkę/ i do badań laboratoryjnych	
Zaobserwowane istotne okoliczności wskazujące na np. skłusowanie, postrzał, zabicie w wypadku komunikacyjnym	
Data wypełnienia dokumentu	
Czytelny podpis (imię i nazwisko)osoby wypełniającej dokument	
Część 2(wypełnia PLW)	
Data otrzymania próbek/ki przez Powiatowego Lekarza Weterynarii	
Data przesłania próbek do laboratorium	
Data oraz numer wyniku badania oraz wynik badania laboratoryjnego	
Podpis i pieczęć Powiatowego Lekarza Weterynarii	